

**Certyfikat Ubezpieczenia:**

Pełna nazwa ubezpieczyciela:	<b>Towarzystwo Ubezpieczeniowe ul. Asekuracyjna 1 80-180 Gdańsk</b>
Numer polisy i assistance:	<b>123456878998</b>
Numery telefonów alarmowych:	<b>+48 58 999 99 99; +48 666 777 888</b>

Zgłoszenie numer:	<b>1/DOM</b>
-------------------	--------------

Imię:	<b>JANUSZ</b>
Nazwisko:	<b>POLITECHNICZNY</b>
Pesel:	<b>39090100258</b>

Adres zamieszkania:	<b>02-151 KOBYŁKOWO; UL. PAWIOWA 12</b>
Telefon kontaktowy:	<b>+48 200 220 000</b>

Miejsce wyjazdu i wariant ubezpieczenia:	<b>Europa i basen Morza Śródziemnego (suma ubezpieczenia: 50.000 euro) , Zakres z ryzykiem następstw chorób przewlekłych</b>
--	--

Data wyjazdu:	<b>2021-07-08</b>
Data powrotu:	<b>2021-07-14</b>

Ilość dni ubezpieczenia:	<b>7</b>
Należna składka:	<b>7 PLN</b>

Jednostka organizacyjna:	<b>Politechnika Gdańska</b>
--------------------------	-----------------------------

Państwa pacjent jest ubezpieczony u nas w zakresie obowiązujących OWU. Aby rozpatrzenie roszczeń mogło nastąpić sprawnie, prosimy o przesłanie rachunku z następującymi danymi: imię, nazwisko i data urodzenia pacjenta, diagnoza, data leczenia, udzielone świadczenia oraz dokumentacji medycznej związanej z leczeniem.

Your patient is insured by our company under the current General Terms and Conditions. In order to enable us quick examination of claims, please send us the bill including: patient first name, surname and date of birth, the diagnosis, period of treatment, scope of medical service, medical documentation related to the treatment.